平成25年度安心子育てサポートプロジェクト事業

チャイルドシート購入費用を助成します お子さんが生まれたら申請を!!

助成対象者
町内に住所を有する新生児の保護者で、町内に住所を有し、新生児と同居している方

助成対象となるチャイルドシート
①出生前から出生後1カ月以内に購入したもの
②道路運送車両の保安基準（昭和26年運輸省令第67号）第22条の5　に規定する基準に適合しているもの
③乳児用、幼児用、学童用のどれでも可

助成額
1台の購入価格の2分の1で、上限10,000円（100円未満切捨）
※ただし費用助成は新生児1人につき1回限り

申請期限
生後1ヶ月以内に申請すること

申請に必要なもの
①**補助金交付申請書**（保健福祉センター備え付け）
②**領収書**　（購入日、購入金額、品名が記載されたもの）
③**申請者本人確認できる書類**（運転免許証など）
④**取扱説明書**
⑤**振込先口座番号**が確認できるもの
⑥**印鑑**

予防接種（おたふく・水ぼうそう）の費用を助成します

助成対象者
金ケ崎町内に住所を有する満1歳以上5歳未満（接種時）の幼児の保護者

助成対象となる予防接種
①おたふくかぜ
②水痘（水ぼうそう）

助成額
ワクチンの接種費用
（それぞれのワクチン上限 10,000円 ）
※ただし幼児1人につきおたふくかぜ・水痘のワクチン接種費用助成はそれぞれ1回限り

申請に必要なもの
①**任意予防接種助成申請書**（保健福祉センター備え付け）
②**領収書**
③**ワクチン予防接種済証**または**母子健康手帳**
④**振込先口座番号**が確認できるもの
⑤**印鑑**

不妊に悩む方へ

不妊治療（体外受精及び顕微受精に限る）費用の一部を助成します

助成対象者
次の①と②の条件を満たす方
①町内に住所がある方
②県の特定治療費支援事業助成金を受けている方

助成対象となる治療
保険診療の適用とならない特定不妊治療（体外受精・顕微授精）

助成額
1回の治療につき5万円まで（夫婦1組につき、対象となる治療にかかった医療費から、県の助成金額を除いた額）

その他
県助成金の交付決定通知書の交付を受けた後、申請をすること。

申請に必要なもの
①不妊に悩む方への**特定治療支援事業助成金交付申請書**（保健福祉センター備え付け）
②不妊に悩む方への**特定治療支援事業助成金の交付決定通知書**
③不妊に悩む方への**特定治療支援事業受診等証明書**
④指定医療機関の発行した**特定不妊治療費に係る領収書**
⑤**振込先口座番号**が確認できるもの
⑥**印鑑**

申請先・問合せ 金ケ崎町保健福祉センター 電話 0197-44-4560